

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE ^{No} 317

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'ÉTAT

PAR

GOLDENBERG Anne

Née le 22 Décembre 1908, à Odessa (Russie)

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR DEVRAIGNE

De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes

à la Maternité de Lariboisière

Etude statistique

(Année 1923-1932)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas
PARIS

—
1933

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'ÉTAT

PAR

GOLDENBERG Anne

Née le 22 Décembre 1908, à Odessa (Russie)

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR DEVRAIGNE

De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes

à la Maternité de Lariboisière

Etude statistique

(Année 1923-1932)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN

17, rue Cujas

PARIS

—
1933

LE DOYEN. L. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique neurologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
	LEMAITRE



Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE : Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN : Pathologie médicale.
BÉNARD HENRI : Pathologie médicale.
BROCQ : Pathologie chirurgicale.
BRULÉ : Pathologie médicale.
BUSQUET : Pharmacologie.
CADENAT : Pathologie chirurgicale.
CATHALA : Pathologie médicale.
CHABROL : Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT : Physiologie.
CHEVALLIER : Pathologie médicale.
DOGNON : Physique.
DONZELOT : Pathologie médicale.
ECALLE : Obstétrique.
FEY : Urologie.
GASTINEL : Bactériologie.
GATELIER : Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES : Pathologie chirurgicale.
GIROUD : Histologie.
HALPHEN : Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER : Pathologie médicale.
HAZARD : Pharmacologie.
HUGUENIN : Anatomie pathologique.
HUTINEL : Pathologie médicale.

MM.

JOANNON : Hygiène.
LABBÉ (Henri) : Chimie biologique.
LAROCHE (Guy) : Pathologie médicale.
LEVEUF : Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI : Neuro-psychiâtrie.
LIAN : Pathologie médicale.
MONDOR : Pathologie chirurgicale.
MOREAU : Pathologie médicale.
MOULONGUET : Pathologie chirurgicale.
MOURE : Pathologie chirurgicale.
OBERLING : Anatomie pathologique.
OLIVIER : Anatomie.
PIÉDELIEVRE : Médecine légale.
PORTES : Obstétrique.
QUÉNU : Pathologie chirurgicale.
RICHET : Physiologie.
SANNIÉ : Chimie biologique.
SÉZARY : Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIÈRE : Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (Pasteur) : Pathologie médicale.
VAUDESCAL : Obstétrique.
VELTER : Ophtalmologie.
VIGNES : Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX : Obstétrique.

LEROUX : Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE : Parasitologie.

REITERER : Histologie.

ZIMMERN : Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI : Clinique médicale.

CHIRAY : Clinique médicale.

DUVOIR : Clinique médicale.

BASSET : Clinique chirurgicale.

CHEVASSU : Clinique chirurgicale.

HEITZ-BOYER : Clinique Chirurgicale.

MOCQUOT : Clinique chirurgicale.

MM.

PROUST : Clinique chirurgicale.

SCHWARTZ : Clinique chirurgicale.

LE LORIER : Clinique obstétricale.

LÉVY-SOLAL : Clinique obstétricale.

METZGER : Clinique obstétricale.

GUÉNIOT : Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, professeur sans chaire : Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

MM.

FREY : Stomatologie.

CHAILLEY-BERT, agrégé : Education physique.

LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.

WEIL-HALLÉ : Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon père
A ma mère
faible témoignage de mon affection
A tous les miens

A Monsieur le professeur Couvelaire
Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de clinique obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Devraigne
Accoucheur des Hôpitaux de Paris
qui nous a inspiré ce travail, en témoignage
de notre reconnaissance pour son brillant
enseignement clinique et pour la bienveil-
lance avec laquelle il nous a toujours ac-
cueilli dans son service.

A Monsieur Albert Coen
interne des Hôpitaux
témoignage de notre gratitude

A nos Maîtres de la Faculté
et des Hôpitaux de Paris

A nos Maîtres de la Faculté
et des Hôpitaux de Montpellier

HISTORIQUE

Les ballons firent leur apparition dans l'obstétrique en 1848. Le premier fut décrit par Miquel d'Ambroise dans un mémoire présenté à cette époque à l'Académie des Sciences. C'était un appareil rudimentaire constitué par une vessie de porc fixée par des ficelles à une canule métallique par où on la gonflait d'eau. Bien que Miquel ait réuni plusieurs observations favorables à son invention, elle tomba vite dans l'oubli.

En 1862, l'accoucheur anglais Barnes, qui auparavant avait fait des travaux sur le placenta prævia et en préconisait le décollement partiel, compléta sa méthode en construisant un ballon en caoutchouc dont la forme rappelait vaguement celle d'un violon. Sa méthode eut un grand succès.

Elle fut employée aussi en France, mais son usage ne se généralisa pas.

En Allemagne, on employait plus volontiers le colpeurynter de Braun.

En France, Tarnier imagina un instrument composé d'un tube de caoutchouc terminé par une ampoule dilatible. Le tube est fixé dans la concavité d'une tige conductrice qui permet la pose en place du ballon que

l'on gonfle ensuite en y introduisant environ 50 grammes de liquide.

Mais cependant les ballons ne sont vraiment entrés dans la pratique courante qu'après l'invention de Champetier de Ribes qui fit subir au ballon de Tarnier une véritable transformation.

DESCRIPTION DU BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES

Le ballon de Tarnier présente en effet quelques inconvénients. Le tube de caoutchouc s'altère facilement ; il arrive que le ballon crève quand on veut le gonfler. Une fois le ballon expulsé, le travail peut s'arrêter alors que la dilatation est encore très insuffisante. Chez la multipare en particulier, le ballon est très rapidement expulsé sans mise en train suffisante.

C'est pour répondre à ces objections, que Champetier de Ribes a imaginé, en 1888, un ballon assez volumineux pour que, d'une part sa présence dans le segment inférieur détermine à coup sûr le travail, d'autre part son passage à travers le segment inférieur, le vagin et la vulve dilate suffisamment ces parties molles pour que le fœtus puisse les traverser plus facilement.

Le ballon de Champetier de Ribes a la forme d'une pomme d'arrosoir. Il est constitué par de la toile recouverte de gomme sur ses deux faces. Il en existe de différentes dimensions, les plus petits contenant 60 gr. et les plus gros 1200 gr. ; ces derniers ne peuvent franchir le col qu'à la dilatation complète.

Il est stérilisable par ébullition ou par séjour dans les vapeurs de formol. Il est introduit dans les voies génitales grâce à une pince spéciale en forme de petit forceps. Pour appliquer le ballon on choisit une dimension

variable suivant l'état du col. Si le col est fermé, il faudra le dilater d'abord avec des bougies de Hégar.

On prépare le ballon en le plaçant suivant son grand axe, puis en l'enroulant comme on le ferait d'un cigare. Il est ensuite placé dans la pince de façon à ce que son extrémité dépasse un peu la pince. On l'enduit abondamment d'un corps gras stérile, puis on procède à l'introduction. Un de ces procédés consiste à fixer le col avec une pince de Museux et à glisser doucement l'instrument jusqu'à l'orifice interne du col ; on pousse ensuite jusqu'à ce que le col du ballon soit engagé dans l'orifice externe. Certains accoucheurs l'introduisent directement sur les deux doigts placés dans le vagin.

L'instrument une fois en place on ouvre la pince qu'on laisse en place et l'on injecte de l'eau stérile avec une seringue fixée à un tube de caoutchouc qui termine le ballon. A mesure que le ballon se gonfle, on voit les manches de la pince s'écarter. Quand la tension est suffisante, on désarticule les branches de la pince et on les enlève l'une après l'autre. Il est préférable que la tension du ballon ne soit pas trop forte pour lui permettre de s'engager plus facilement dans le col.

Certains accoucheurs préfèrent le ballon de Boissard qui a l'avantage de repousser moins la présentation, ayant un fond plat en forme de fond d'artichaut, et maintenu tel par une ficelle.

LES INDICATIONS DU BALLON DE CHAMPETIER DE RIBES

La provocation de l'accouchement prématuré par le ballon de Champetier est la technique préférée d'un grand nombre d'accoucheurs. Du temps de Champetier de Ribes, les rétrécissements pelviens constituaient la principale indication de l'accouchement prématuré, et presque toutes les femmes atteintes de dystocie pelvienne accouchaient de cette façon. Le pronostic pour la mère était assez bon, mais le pronostic fœtal était beaucoup plus grave.

Aussi actuellement, la majorité des accoucheurs, devant la bénignité relative des interventions sanglantes, préfèrent l'opération césarienne à l'accouchement prématuré. Evidemment l'accouchement prématuré garde encore son indication chez les multipares à bassin peu touché, chez lesquelles un ou plusieurs accouchements se sont terminés par naissance d'enfants vivants et qui semblent avoir dans leur utérus un fœtus volumineux. Il pourra également rendre service dans les cas où les conditions du milieu ne sont pas favorables aux méthodes chirurgicales.

Mais actuellement les principales indications du ballon de Champetier de Ribes sont les indications d'ordre médical. Différentes affections de la femme enceinte peu-

vent nécessiter l'accouchement prématuré dans l'intérêt de la mère et souvent dans l'intérêt de l'enfant qui souffre lui aussi et peut même succomber in utero.

Le ballon de Champetier de Ribes peut rendre service dans un accouchement naturel quand le travail traîne en longueur et qu'il y a nécessité de terminer rapidement. L'introduction du ballon accélère la dilatation du col et renforce les contractions utérines.

On l'emploie également pour provoquer un avortement thérapeutique ou pour terminer un avortement en cours.

Enfin le ballon de Champetier de Ribes a été préconisé comme agent d'hémostasie dans les hémorragies par insertion basse du placenta. Il agit par compression, en appliquant plus intimement le placenta contre le segment inférieur. On comprend alors que la contraction utérine, loin de provoquer le décollement, exagère la pression exercée par le ballon. D'autre part, le ballon jouant le rôle d'excitant des contractions utérines, contribue à la véritable hémostase que réalise l'évacuation de l'utérus.

Enfin l'emploi du gros ballon de Champetier de Ribes a été préconisé dans les accouchements par le siège surtout chez des primipares à parties molles peu souples. Dans ce cas le ballon est introduit seulement dans le vagin, et contribue ainsi à la distension et l'assouplissement des parties molles et prépare le passage du fœtus.

Dans ce travail nous avons recueilli les observations de tous les cas où le ballon de Champetier de Ribes a été employé à la Maternité de la Lariboisière pendant les

10 dernières années (1923-1932). Les ballons ont été utilisés dans 4 grands groupes de faits :

1° Pour déclancher ou accélérer des accouchements.

2° Pour déclancher ou accélérer des avortements.

3° Dans les cas d'hémorragies par insertion viciuse du placenta.

4° Pour des sièges difficiles, chez des primipares, en particulier.

Nous donnerons ici le résumé de ces observations et nous tenterons d'en tirer quelques conclusions.

LES BALLONS DANS L'ACCOUCHEMENT

PROVOQUÉ OU ACCÉLÉRÉ

Observations

Obs. n° 1. — F... Marie, âgée de 43 ans II pare. Un accouchement normal. Grossesse de 7 mois. Rétention foetale d'un mois environ. Membranes rompues depuis le 19 mars 1925. Le 10 avril, on décide d'évacuer l'utérus. Dilatation du col par bougies de Hégar. Curettage ne ramenant que des débris foeto-placentaires. Pose d'un ballon de 150 gr. Le lendemain, incision de 1 cm. de la lèvre antérieure du col. Extraction d'un foetus macéré déchiqueté. Injection intra-utérine de la solution de Tarnier. Un point de catgut sur le col. Evolution favorable.

Obs. n° 2. — G... Céline : I pare, âgée de 26 ans. Grossesse de 8 mois. Entre dans le service pour une cécité subite survenue en l'espace de 2 jours. Albuminurie. On décide de provoquer l'accouchement. Le 13 août 1926 à 12 h., pose d'un ballon de 60 gr. A 16 h. 15, expulsion du ballon. A 18 h. 15, nouvelle pose d'un ballon de 350 gr. Le 14 août à 4 h., expulsion du second ballon. Dilatation est. de 5 frs. A 6 h., rupture spontanée des membranes. A 7 h. 30 accouchement spontané d'une fille vivante pesant 2600 grammes. Délivrance naturelle. Le 17 août T. A. au Pachon 17-8. Le 19 août constante

d'Ambard 0,115. La femme est envoyée au service d'ophtalmologie. Par la suite a récupéré la vision.

Obs. n° 3. — P... Marie, âgée de 28 ans, II^e pare, une grossesse gemellaire. Grossesse à terme. Présentation du siège en S $\frac{1}{2}$ G A. Premières douleurs le 2 octobre 1926 à 2 h. Arrêt du travail à 9 h. Pose d'un ballon sans succès. Le 3 octobre à 11 h., incision du col sous anesthésie. Extraction d'une fille mort-née pesant 3300 gr. Suites des couches normales.

Obs. n° 4. — C... Henriette, âgée de 34 ans, I^e pare. Grossesse à terme. Présentation du sommet en O $\frac{1}{2}$ G A. Premières douleurs le 7 janvier 1927 à 1 h. 30. Travail long. Durée totale 147 h. Membranes rompues le 8 juin à 9 h. Pose d'un ballon de 150 gr. à la dilatation de 2 f. Accouchement spontané d'une fille vivante pesant 2670 gr., le 13 juin à 5 h. Température de la mère et de l'enfant à la naissance, 38°,2. Périnée - 1 crin. Délivrance naturelle. Evolution favorable.

Obs. n° 5. — R... Jeanne, âgée de 20 ans. I^e pare. Grossesse de 8 mois $\frac{1}{2}$ avec hydramnios. Présentation du sommet en O $\frac{1}{2}$ D P. Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible à 10 cm. Souffle systolique de la pointe. Accouchement prématuré provoqué pour éviter une opération césarienne en raison de l'hydramnios. Pose d'un ballon de 300 gr. le 24 novembre 1927 à 11 h. 30. Expulsion du ballon 6 h. après, suivie de procidence du cordon. A 18 h. 15, application du forceps Tarnier au détroit supérieur pour modification des bruits du cœur fœtal (ralentissement et arytmie). Extraction en O. P.

d'un garçon vivant pesant 2800 gr. Délivrance naturelle. Périnée - 2 crins. Evolution favorable.

Obs. n° 6 — V... Marie, âgée de 26 ans. III pare, 2 enfants morts et macérés. Femme traitée pour la syphilis depuis 2 ans. Grossesse de 9 mois environ. Présentation du sommet en O $\downarrow$ G A. On décide de provoquer un accouchement prématuré, dans le but d'avoir un enfant vivant. Le 4 janvier 1928 à 10 h., pose d'un ballon de 150 gr., à 22 h., expulsion du ballon. Dilatation — petite paume. Le 5 janvier à 3 h. 30 — dilatation complète. Bruits du cœur non perçus. Application du forceps Tarnier pour non-progression de la tête à la vulve et en O. S. Episiotomie latérale gauche de 1 cm. 1/2. Déchirure périnéale. Extraction d'un garçon mort-né pesant 3450 gr. Suture vaginale - 1 crin. Suture périnéale - 2 crins. Suture d'episiotomie - 2 crins. Délivrance naturelle. Placenta d'aspect chair à saucisses. Fièvre 38°-39° Suites normales.

Obs. n° 7. — L... Clémentine, âgée de 44 ans. IX pare, 8 accouchements normaux sauf le troisième, enfant mort-né. Grossesse à terme. Le 17 janvier 1928, quelques pertes vertes. Bruits du cœur ? ? ? La femme dit sentir remuer. Col en voie d'effacement. Le 18 janvier à 16 h. 35, pose d'un ballon de 300 gr. A 17 h. on introduit la main dans l'utérus sous anesthésie et on constate que la tête a pris la place du ballon et coiffe l'aire du D. S. et que, en dépit de son volume apparent, il ne s'agit pas d'un hydiocéphale. Pose d'une ceinture eutocique. A l'examen de l'abdomen on trouve un tête au D. S. qui paraît mons-

trueuse et bilobée. La version est impossible, le col n'étant pas suffisamment dilaté. On pratique alors une perforation de la tête. Pendant ces manœuvres, la femme saigne. La dilatation finit par se compléter et on pratique une version podalique assez difficile. On constate alors que ce que l'on prenait pour un crâne bilobé est en réalité un fibrome du volume d'une orange siégeant à la partie supérieure droite et antérieure du segment inférieur. Le 19 janvier à 3 h. 40 extraction d'une fille mort-née pesant 2730 gr. Délivrance artificielle. Périnée intact. Evolution favorable.

Obs. n° 8. — A.. Arlette, âgée de 16 ans. I pare, admise à la Maternité le 27 novembre 1928 pour une présentation très volumineuse. Radiographie a montré qu'il s'agissait d'un hydrocéphale se présentant par le sommet. Rupture des membranes le 27 novembre. Le 5 décembre à 12 h. l'enfant étant mort et la femme perdant un liquide verdâtre depuis plusieurs jours, on décide de provoquer l'expulsion du fœtus. Dilatation du col par bougies de Hégar sous anesthésie. Le col se dilate facilement. La tête étant immobilisée par un aide, on pratique la perforation en deux endroits différents. Il s'écoule un liquide séro-sanguinolent. Pose d'un petit ballon de 150 gr. dans le col et le segment inférieur pour provoquer les douleurs. Le 5 décembre à 17 h., expulsion du ballon. La femme a des contractions régulières et normales. A 19 h. 10, expulsion d'une fille mort-née pesant 2.650 gr. Délivrance naturelle. Rétention partielle du chorion. Injection vagi-

nale à la liqueur de Labaraque. Température 37° 5. Glace sur le ventre. Evolution favorable.

Obs. n° 9. — B... Elisa, âgée de 22 ans. I pare. Grossesse de 6 mois 1/2 environ. Présentation du siège complet. La femme présente de l'hydro-hématorrhée depuis la fin du mois de mars. Le 5 juin 1929 à 12 h., pose d'un ballon de 150 gr. A la dilatation de 1 f. procidence du cordon non animé de battements. Réduction impossible. Section du cordon entre deux ligatures. Expulsion spontanée d'une fille mort-née pesant 1150 gr., le 5 juin à 22 h. Délivrance naturelle. Sortie guérie.

Obs. n° 10. — L... Germaine, âgée de 29 ans. I pare. Grossesse de 7 mois environ. Diabétique. Rupture précoce des membranes 3 jours avant l'accouchement. Procidence du cordon non animé de battements. Le 16 septembre 1929 à 20 h., pose d'un ballon de 200 gr. Le 17 septembre à 16 h., expulsion du ballon suivie d'expulsion d'un garçon mort et macéré pesant 1000 gr. Délivrance naturelle. Température après accouchement 38°,4. Evolution favorable.

Obs. n° 11. — M... Renée, âgée de 40 ans. VIII pare. Grossesse de 8 mois 1/2 environ. Hémorragie retro-placentaire. Opération de Porro après tentative infructueuse de dilatation du col par le procédé de Delmas, puis par ballon (120 gr.). Fille macérée pesant 2520 gr. Placenta étalé. Gros caillots (400 gr.) Décès de la femme le 9 mai 1930 à 15 h.

Obs. n° 12. — D... Léonie, âgée de 25 ans. II pare, 1 accouchement normal. Grossesse de 7 mois 1/2 environ, ne

sent plus remuer depuis un mois. Entre dans le service le 15 juin 1930 à 13 h. Perd des caillots depuis le 14 juin. Membranes rompues. Présentation du siège au D. S. A 16 h. température 38°,6, pouls 120. Col très mince. Dilatation - 2 f. Le 16 juin à 13 h 20 pose d'un ballon de 150 gr. pour la lenteur du travail. Expulsion du ballon à 18 h. 20. Dilatation petite paume. A 22 h. sortie du siège. Manœuvre de Mauriceau impossible. Retraction du col sur la tête dernière. Embryotomie rachidienne aux ciseaux de Dubois. Enfant mort et macéré présentant de l'hydrocéphalie et de l'ascite, pesant 1300 gr. Délivrance artificielle pour hémorragie et choc. Pouls à 140. Placenta très adhérent sur la face antérieure de l'utérus. Injection intra-utérine. Pyoformine intraveineux. Sérum physiologique. Température 40° Evolution vers la guérison.

Obs. n° 13. — B... Marie, IV pare, 3 enfants vivants, âgée de 32 ans. Grossesse de 7 mois 1/2. Albuminurie persistante. Pose d'un ballon de 150 gr. le 13 août 1930 à 1 h. Expulsion du ballon suivie d'expulsion d'un fœtus mort-né pesant 1050 gr., le 14 août à 3 h. 20. Délivrance naturelle. Evolution favorable.

Obs. n° 14. — D... Léonie, âgée de 39 ans. III pare, 2 accouchements normaux. Grossesse à terme. Premières douleurs le 26 août 1930 à 20 h 30. Femme arrivée avec la dilatation de 1 f. Membranes rompues. Présentation de l'épaule gauche et bras à la vulve. Pose d'un gros ballon. Le 27 août à 9 h. 30 version par manœuvres internes. Extraction d'un enfant en état de mort apparente, ranimé

après 3/4 h. de soins. Poids : 2.900 gr. Délivrance naturelle. Suite de couches normales.

Obs. n° 15. — B... Angèle, âgée de 33 ans I pare. Grossesse de 8 mois environ. Premières douleurs le 26 février 1931 à 14 h. Dilatation stationnaire à 2 f. pendant 15 h. Membranes rompues. Pose d'un ballon de 100 gr. qui déclanche la dilatation puis d'un de 250 gr. qui la complète. 10 minutes après l'expulsion du second ballon expulsion d'un garçon vivant pesant 2.550 gr. le 27 février à 20 h. 45. Délivrance artificielle pour accélération du poulx (126). Placenta très adhérent dans la corne gauche. Révision utérine, injection iodo-iodurée. Sortie guérie.

Obs. n° 16. — G... Raymonde, âgée de 26 ans II pare, une fausse-couche de 3 mois. Grossesse près du terme. A l'entrée le 8 mars 1931 à 12 h. 45 auscultation négative. Sommet engagé. Oedème du col. Dilatation 2 f. Pertes jaunes verdâtres. A 22 h. 30 dilatation ne progresse pas. Pose d'un ballon de 200 gr. A 23 h. 30 expulsion du ballon. Dilatation complète. Accouchement d'un garçon mort-né pesant 2.770 gr. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Obs. n° 17. — L... Germaine, âgée de 30 ans II pare, un accouchement normal. Grossesse de 8 mois environ. Rhumatisme articulaire à 10 ans. Oedème aigu du poumon à 25 ans. Actuellement maladie mitrale. Accidents gravidocardiaques. On décide de provoquer un accouchement prématuré. Pose d'un ballon de 150 gr. le 24 octobre 1932 à 12 h. Expulsion du ballon le 25 octobre à 9 h. 30 suivie de procidence du cordon. Incisions du col et application

du forceps Tarnier. Fille facilement ranimée pesant 2.820 gr. Délivrance artificielle immédiate. Réfection du col 2 crins. Sortie guérie.

Obs. n° 18. — M... Marie-Louise, âgée de 23 ans. Grossesse de 7 mois 1/2 environ. Accouchement prématuré provoqué pour albuminurie massive avec hypertension. Rétinite albuminurique. Amaurose complète. Pose d'un ballon de 200 gr. le 17 novembre 1932 à 15 h. Expulsion d'une fille mort-née pesant 1.400 gr. le 18 novembre à 7 h. Délivrance naturelle. L'amaurose diminue les jours suivants. Sort guérie. A récupéré par la suite la vision de l'œil droit. Diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche.

Obs. n° 19. — L... Louise, âgée de 43 ans VIII pare, 6 accouchements normaux, une fausse couche. Grossesse de 7 mois 1/2. Accouchement prématuré provoqué pour hydramnios aigu. Pose d'un ballon de 200 gr. le 19 décembre à 12 h. Le 20 décembre à 0 h. 30 expulsion d'un garçon mort-né pesant 1.780 gr. et présentant de nombreuses malformations : ascite, infiltration œdémateuse du cou et des jambes, gros foie, grosse rate, brièveté du cou et des membres, yeux très petits. Délivrance naturelle. Placenta d'aspect chair à saucisses. Evolution favorable.

ETUDE DES OBSERVATIONS

Nous avons relevé dix-neuf cas d'accouchement provoqué ou accéléré par une pose de ballon.

L'âge, la parité, le terme de la grossesse ne présentent aucun intérêt particulier. C'est en envisageant la cause qui a déterminé l'intervention qu'il faut chercher à en interpréter les résultats.

L'accouchement a été déclenché pour :

Rétention fœtale. Deux observations (1 et 8). L'évacuation de l'utérus se produit rapidement sans incidents importants. L'évolution ultérieure est favorable.

Albuminurie gravidique. Quatre cas.

Trois cas comportant des accidents graves qui imposent formellement l'interruption de la grossesse :

Deux d'amaurose avec albuminurie massive et hypertension (Obs. 2 et 18). Les ballons sont restés respectivement 14 et 15 heures. Leur expulsion a été suivie de celle :

d'un enfant vivant (obs. 2)

d'un enfant mort-né (obs. 18)

Dans les deux cas l'état de la mère s'est amélioré rapidement et la vision a été récupérée, en partie tout au moins.

Un pour hémorragie rétro-placentaire après tentative infructueuse de Delmas et suivi d'une opération de Porro. Décès de la femme.

Dans un cas d'indication, moins formelle, a été posée pour une albuminurie persistante. Enfant mort-né. Guérison de la mère.

Dans l'ensemble, pronostic maternel favorable, si l'on tient compte de la gravité toute particulière du cas de l'observation 11.

Bassin rétréci. Un cas (obs. 5). Le promontoire est à 10 cm. On provoque l'accouchement à 8 mois 1/2. Enfant vivant malgré une procidence du cordon.

Cardiopathie. Une observation (obs. 17). Maladie mitrale d'origine rhumatismale avec antécédents d'œdème aigu du poumon. Le ballon reste 21 h. 30. Enfant vivant malgré une procidence du cordon. Etat de la mère très satisfaisant.

Hydramnios aigu. Un cas (obs.19). Evolution maternelle favorable.

Hydrohématorrhée. Un cas (obs. 9). Enfant mort-né.

Souffrance fœtale avant tout travail. Deux cas, (obs. 6 et 7). Le ballon reste 12 h. et 1/2. 2 enfants mort-nés.

La pose du ballon a été effectuée dans le but d'accélérer l'accouchement pour :

Lenteur du travail (obs. 3, 4, 12, 15 et 16). L'évacuation de l'utérus a été obtenue dans des temps ne dépassant pas 15 heures. Pronostic maternel favorable.

Procidence du cordon. Une fois (obs.10). Pose de ballon ayant duré 20 heures. Enfant macéré. Evolution maternelle favorable.

Présentation de l'épaule avec présence du bras gau-

che dans le vagin (obs.14). Enfant ranimé. Evolution maternelle favorable.

Dans l'ensemble les ballons sont restés en place un temps variable, atteignant jusqu'à 21 h. 30.

Le pronostic maternel, variable selon la cause, est bon dans l'ensemble si l'on excepte le cas particulièrement sévère de l'observation 11.

Le pronostic foetal est, par contre, moins favorable et il est à noter que dans trois cas (obs. 5, 9 et 17) l'expulsion du ballon a été suivie d'une procidence du cordon, conséquence de la gêne à l'adaptation de la présentation sur le segment inférieur, causée par la présence du ballon. C'est peut-être là le reproche le plus grave que l'on puisse faire au ballon.

LES BALLONS DANS L'AVORTEMENT PROVOQUÉ OU ACCÉLÉRÉ

Observations

Obs. n° 20. — M... Augusta, âgée de 28 ans. Grossesse de 6 mois. Fœtus macéré depuis deux mois environ. Pertes de sang. Le 24 novembre 1923 à 11 h. dilatation du col par bougies de Hégar, puis pose d'un ballon de 300 gr. Expulsion d'un fœtus macéré 3 jours après, le 27 novembre à 20 h. 45. Placenta déchiqueté. Suites de couches normales.

Obs. n° 21. — N... Alphonsine, âgée de 28 ans I pare. Avortement de 3 mois 1/2 environ. Procidence du cordon. Dilatation du col par bougies de Hégar. Le 20 mai 1924 à 11 h. 30 pose d'un ballon de 125 gr. Expulsion du ballon à 23 h. suivie 16 h. après de l'expulsion d'un fœtus mort-né pesant 180 gr. Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle. Placenta déchiqueté. Pouls à 136. Sérum antistreptococcique 60 cm³. Sortie guérie.

Obs. n° 22. — G... âgée de 30 ans I pare. Avortement de 3 mois 1/2 environ. Hémorragie abondante. Le 9 octobre à 13 h. 30 transfusion sanguine 120 cm³. Sérum physiologique 500 gr. Sérum glucosé 500 gr. A 23 h. dilatation du col par bougies de Hégar, ensuite pose d'un ballon de 300 gr. A 3 h. expulsion du ballon suivie d'expulsion du fœtus. Décès de la femme le 10 octobre à 4 h.

Obs. n° 23. — C... âgée de 35 ans I pare. Grossesse de 4 mois environ. Avortement thérapeutique pour vomissements graves et pyélonéphrite. Le 19 mars 1926 à 14 h. dilatation du col par bougies de Hégar. Pose d'un ballon de 125 gr. Expulsion du ballon huit heures après. Délivrance artificielle à la curette de Wallich. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Pouls à 130. Spartéine. Sérum physiologique 500 cm³. Décédée 2 jours après l'avortement.

Obs. n° 24. — L... Marguerite, âgée de 26 ans I pare. Grossesse de 3 mois environ. Avortement thérapeutique pour vomissements incoercibles. Légers troubles nerveux. Accélération du pouls 120. Polyglobulie. Le 22 septembre 1927 à 12 h. dilatation du col par bougies de Hégar. Mise en place d'un ballon de 80 gr. A 21 h. extraction du ballon. Ouverture de l'œuf qui vient faire saillie à l'orifice cervical. Curettage et morcellement de l'œuf avec une pince et une grosse curette. Ecouvillonnage. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Tamponnement utéro-vaginal. Décès de la femme le 27 septembre à 13 h.

Obs. n° 25. — G... Louise, âgée de 33 ans II pare, 1 accouchement normal. Grossesse de 4 mois 1/2. Avortement fait chez la femme. Fœtus non vu à la maternité. Cordon coupé par une sage-femme. Le 3 janvier 1927 extraction d'un second fœtus pesant 300 gr. Rétention de la tête dernière. Pose d'un ballon de 150 gr. à 8 h. Expulsion du ballon suivie d'expulsion de la tête à 10 h. 30 Sortie guérie.

Obs. n° 26. — T... Eugénie, âgée de 36 ans, I pare. Grossesse de 5 mois environ. Avortement spontané. Rupture

des membranes 4 jours avant l'accouchement. Petites hémorragies. Douleurs. Œdème des membres inférieurs. Phlébite variqueuse de la jambe droite. Le 23 juin 1928 à 18 h. procidence du cordon. La dilatation est de 1 f. A 18 h. 30 pose d'un ballon de 100 gr. 8 heures après expulsion du ballon suivie d'expulsion d'un fœtus du sexe féminin mort-né pesant 680 gr. Injection intra-ovulaire iodo-iodurée. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine iodo-iodurée. Suites de couches normales.

Obs. n° 27. — X... Yvonne, âgée de 24 ans I pare. Grossesse de 4 mois 1/2. Le 30 avril 1929 à 23 h. dilatation du col par bougies de Hégar. Pose d'un ballon de 150 gr. Expulsion spontanée d'un fœtus du sexe masculin pesant 300 gr. le 1^{er} mai à 23 h. 15. Délivrance naturelle. Face utérine douteuse. Pyoformine. Glace. Sortie guérie.

Obs. n° 28. — V... Françoise âgée de 18 ans, I pare. Grossesse de 5 mois environ. Entre dans le service pour hématomèse. Insuffisance hépatique. Polynevrite. On décide de provoquer un avortement thérapeutique. Pose d'un ballon de 150 gr. le 11 mai 1929 à 15 h. Avortement fait en deux temps : 1^{er} temps — extraction d'un garçon mort-né pesant 620 gr. le 12 mai à 18 h. 2^e temps — délivrance naturelle. Au moment de l'avortement pouls à 140. Décès de la femme le 13 mai à 14 h.

Obs. n° 29. — R... Juliette, âgée de 30 ans III pare, 2 accouchements normaux. Entre dans le service avec le diagnostic de fibrome. En 1927, 7 mois après son 2^e accouchement, poussée algüe de salpingite. Ovariectomie droite. Drain pendant 11 jours. Depuis l'intervention douleurs

dans le bas ventre. Règles non modifiées. Grossesse actuelle : date des dernières règles difficile à préciser. Actuellement se plaint avant tout de douleurs. Le 28 juin 1929 laparatomie exploratrice. Après l'intervention hémorragies abondantes et répétées. On décide de provoquer l'avortement. Le 13 juillet à 12 h. 15 dilatation du col par bougies de Hégar. Pose d'un ballon de 100 gr. A 17 h. expulsion du ballon suivie immédiatement d'expulsion d'un fœtus mort-né du sexe masculin, pesant 400 gr. Délivrance naturelle. Evolution favorable.

Obs. n° 30. — R... Marie, âgée de 32 ans IV pare, 3 accouchements normaux. Grossesse de 5 mois 1/2 environ. Avortement thérapeutique pour vomissements incoercibles. Deshydratation considérable. Polynévrite des deux membres inférieurs atteignant peut-être les membres supérieurs. Obnubilation. Avant l'intervention, sérum sous-cutané et sérum intra-rectal adréaliné. Pouls à 140 avant l'accouchement et 170 après. Le 8 novembre 1929 à 18 h., pose d'un ballon de 150 gr. Le 9 novembre à 4 h. 15, expulsion du ballon suivie immédiatement de l'expulsion d'un fœtus du sexe masculin mort-né pesant 700 gr. Décès de la femme 24 h. après l'avortement.

Obs. n° 31 — B... Mireille, âgée de 24 ans, I pare. Grossesse de 3 mois environ. La femme ayant eu une hémorragie consulte un médecin, celui-ci lui ordonne le repos complet. Vient à la Maternité ayant de fortes douleurs, le 9 mars 1931 à 20 h. Le 10 mars à 11 h. avortement en cours. Col non dilaté. Dilatation artificielle par bougies de Hégar, puis pose d'un ballon de 80 gr. A 19 h. expulsion du

ballon. A 20 h. 20 expulsion d'un œuf complet pesant 300 gr. Pouls 88. Température 37° 5. Evolution favorable.

Etude des observations

Notre statistique comprend douze cas d'application des ballons pour avortement.

L'avortement a été provoqué pour :

Insuffisance hépatique grave avec hématomérose. Un cas (Obs. 28). L'avortement effectué dans des délais assez longs (27 heures) ne suffit pas à enrayer l'évolution mortelle de l'insuffisance hépatique.

Vomissements incoercibles : 3 cas (Obs. 23, 24, 30). Ces trois cas ont été d'une gravité extrême et l'interruption de la grossesse n'a pu empêcher l'issue fatale. Accélération du pouls dans tous les 3 cas. Pyélohéphrite (Obs. 23).

Deshydratation considérable et troubles nerveux dans les deux autres cas (Obs. 24 et 30).

L'avortement a été accéléré pour :

Rétention de l'œuf, totale ou partielle, dans 4 cas (Obs. 20, 21, 25, 26).

L'évacuation de l'utérus a été obtenue sans incidents sauf une fois (Obs. 21), hémorragie importante nécessitant une délivrance artificielle. L'évolution ultérieure est favorable.

Hémorragie, 3 cas (Obs. 22, 29 et 31), dont un fut suivi de décès (Obs. 22) : hémorragie très importante, ayant nécessité une transfusion de sang avant l'intervention.

Dans l'ensemble les ballons sont restés en place un temps

variable oscillant entre 2 et 12 heures. Dans un cas cependant (Obs. 28), le ballon n'a été expulsé qu'après un délai de 27 heures.

Dans 2 cas (Obs. 23 et 24), l'avortement a été terminé par un curettage.

Le pronostic maternel est mauvais dans l'avortement provoqué mais il faut tenir compte de l'extrême gravité de ces 4 cas (Obs. 28, 23, 24, 30), qui ont nécessité cette intervention. Il est par contre meilleur dans l'avortement accéléré excepté le cas très sévère de l'observation 22.

LES BALLONS DANS LES HÉMORRAGIES PAR INSERTION BASSE DU PLACENTA

Observations

Obs. n° 32. — B... Jeanne, II pare, âgée de 25 ans. Grossesse de 8 mois. Début du travail le 11 août 1925 à 5 h. Hémorragie assez abondante. A 10 h. la dilatation est à 2 f. Rupture artificielle de la poche des eaux et pose d'un ballon de 350 gr. Arrêt d'hémorragie. Accouchement spontané d'un garçon mort-né pesant 2610 gr., le 12 août à 1 h. 35. Délivrance naturelle. Sérum physiologique 1000 gr. Evolution favorable.

Obs. n° 33. — C... Georgette, I pare, âgée de 27 ans. Grossesse de 7 mois 1/2 environ. Hémorragie assez abondante. Le 17 février 1927 à 20 h., rupture large des membranes et pose d'un ballon de 200 cm³. Dilatation complète à 22 h. 45. Auscultation négative depuis 24 h. Application du forceps Tarnier sur sommet et en O. S. Enfant mort-né de 2400 gr. Délivrance naturelle. Sérum intra-veineux 1000 gr. Sérum glucosé rectal 100 gr., pour hémorragie avant l'intervention. Une heure après la délivrance le frisson qui dure 20 minutes. Après le frisson température 39°,2. Pouls 150. Sortie guérie.

Obs. n° 34. — C... Denise, âgée de 25 ans, II pare, 1 accouchement ; forceps ; fille morte à 8 mois. Actuellement

grossesse de 8 mois. Hémorragie abondante. Rupture artificielle large des membranes. Le 3 avril 1927 à 15 h. 30, mise en place d'un ballon de 300 gr. A 18 h. 30, broiement de la tête avec le basiotribe de Tarnier. Version podalique suivie d'extraction du fœtus. Avant le broiement, transfusion du sang (200 gr.). Sérum intra-veineux 1300 gr. Sérum sous-cutané 1500 gr. Décès de la femme le 3 avril à 20 h. 15.

Obs. n° 35. — B... Rachel, I pare âgée de 27 ans. Grossesse de 8 mois. Excès du liquide. Hémorragie assez abondante. Rupture artificielle large des membranes. Le 5 avril 1927 à 2 h., pose d'un ballon de 300 cm³. Expulsion du ballon 4 h. 15 après. Abaissement d'un pied après tentative de version par manœuvres mixtes et application de forceps infructueuses. Grande extraction du siège à 9 h. Délivrance artificielle immédiate. Revision utérine. Enfant mort-né de 2600 gr. Pouls à 140. Evolution favorable.

Obs. n° 36. — S... Désirée, âgée de 25 ans IIII pare. Hémorragie avant tout travail le 29 août 1927 à 1 h. Premières douleurs à 5 h. A midi, on essaie de rompre les membranes. A 14 h. 45, la femme ne saigne pas, mais on sent toujours dans le col du tissu placentaire. On rompt les membranes. La dilatation est entre 2 f. et 5 f. Dilatation digitale du col pendant 2 minutes. Aussitôt après on n'entend plus les bruits du cœur fœtal. A 17 h., pose d'un ballon de 30 gr. qui a dû glisser dans le vagin. A 20 h. on enlève le ballon. Le 30 août à 2 h., on introduit un excitateur de Tarnier qu'on enlève à 5 h. Dilatation grande paume. On constate un début d'œdème. Le pouls de la

femme est médiocre. On pratique 2 incisions antérieure et postérieure du col. A 5 h. 45 application du forceps Tarnier au D. S., prise oblique. Deuxième prise en directe. Un gros fragment de placenta vient en même temps. Délivrance en O. P. d'un garçon mort-né de 3370 gr. Délivrance spontanée immédiate. On introduit la main dans l'utérus pour révision. Injection chaude immédiate. Ergotine. Suture au catgut du col. Evolution favorable.

Obs. n° 37. — L... Renée, âgée de 39 ans, VI pare, 5 grossesses normales. Actuellement grossesse de 8 mois 1/2 environ. Le 21 septembre 1927 à 1 h., hémorragie. Peu de douleurs. Examen à 5 h. On note au niveau du col 2 larges déchirures antérieure et postérieure atteignant presque le fond du cul-de-sac vaginal. Dilatation est de 1 f. La tête est en bas plongeant dans l'excavation facilement refoulable. On a l'impression de sentir sur la face postérieure du segment inférieur une surface légèrement grenue qui pourrait être du placenta. A 15 h. rupture large des membranes et pose d'un ballon de 500 gr. qui ne reste pas en place mais la dilatation passe de 2 f. à 5 f. A 18 h. 20 expulsion spontanée d'un garçon vivant de 2990 gr. Délivrance naturelle. Evolution favorable.

Obs. n° 38. — D... Jeanne, âgée de 35 ans, V pare, 4 grossesses normales. Actuellement grossesse de 8 mois environ. Vient à la Maternité le 6 mars 1928 pour une hémorragie assez abondante survenue le 5 mars à 21 h. Examen à 1 h. Tête mobile au D. S. Dilatation 2 f. On sent le placenta dans la région postérieure et droite du

col. Tentative infructueuse de rupture de la poche des eaux. A 2 h. 45, pose d'un ballon de 500 gr. Hémorragie au moment de la pose du ballon. Immédiatement après on n'entend plus les bruits du cœur fœtal. Femme en état de choc. Position déclive. Sérum. Caféine. A 10 h. 30, expulsion du ballon. Dilatation de petite paume. Le col est obstrué par le placenta. On ouvre largement l'œuf qui était intact et on pratique une extraction du placenta (méthode de Simpson). Le placenta vient parce qu'il est entièrement décollé. Extraction de l'enfant par le siège. Révision utérine ramenant toutes membranes. Injection iodo-iodurée. Tamponnement utéro-vaginal très serré. Poids de l'enfant 3250 gr. Le 6 mars le soir, on enlève le tamponnement. Le 7 mars bon état général de la femme. Evolution favorable.

Obs. n° 39. — B... Joséphine, âgée de 32 ans, III pare, 1 accouchement normal, 1 fausse-couche de 2 mois. Grossesse à terme. Admise en salle le 7 septembre 1928 pour des hémorragies depuis le 17 août. Le 7 septembre à 6 h., nouvelle hémorragie. Dilatation est de 2 f. Rupture artificielle des membranes. Pose d'un ballon de 350 gr. Sérum intra-veineux et sous-cutané. A 10 h., la dilatation est complète. Expulsion du ballon à 11 h. 45. Injection d'hypophyse. A 12 h. 40, accouchement naturel d'un garçon mort-né pesant 4.400 gr. Dystocie des épaules pour excès de volume du fœtus. A 14 h. 30 délivrance artificielle pour état syncopal de la malade. Placenta d'aspect chair à saucisses. Evolution favorable.

Obs. n° 40. — A... Georgine, âgée de 25 ans, II pare, 1

accouchement normal. Grossesse de 7 mois 1/2. Amenée par une sage-femme pour hémorragie. Le 2 décembre 1930, examen : utérus dur, palper difficile. Auscultation négative. Au toucher : col ouvert, tête mobile. Poche des eaux intacte. Température 37°,5. Pouls 104. Urines troubles. Tension 20-10 au Pachon. A 8 h., dilatation est de 1 f. Rupture artificielle des membranes. Pose d'un ballon de 300 gr. qui glisse dans le vagin. La dilatation progresse rapidement. A 11 h. 37 le 3 décembre, expulsion d'une fille mort-née pesant 1500 gr. Expulsion d'énormes caillots pesant 850 gr. Délivrance naturelle. Tension au Pachon, après accouchement, 17-10. Evolution favorable.

Obs. n° 41. — B... Rose, âgée de 37 ans, IV pare, 3 accouchements normaux. Grossesse de 7 mois environ. Entre dans le service le 17 octobre 1931 à 9 h. Hémorragie depuis le 16 octobre. A l'examen : la dilatation est de 2 f. Tête mobile, membranes rompues. En pratiquant le toucher on sent une masse venant obstruer le col. Nouvelle hémorragie à 18 h. 30. Bruits du cœur ne sont plus nettement perçus. Dilatation est de 5 f. Etat général de la femme est bon. Pose d'un ballon de 150 gr. Hémorragie diminue sans cesser complètement. Les contractions deviennent plus fréquentes. Le 18 mars à 2 h. 30, expulsion du ballon suivie d'expulsion d'un garçon vivant pesant 1950 gr. Délivrance naturelle. Evolution normale.

Etude des observations

Notre statistique comporte dix observations de pose de ballon pour insertion basse du placenta (Obs. 32 à 41).

Huit fois il s'agit de multipares ; deux fois seulement (Obs. 33 et 35) de primipares. Toutes sont d'un âge relativement avancé, de 25 à 39 ans.

Une seule fois l'intervention est pratiquée à terme (Obs. 39). Neuf fois les accidents hémorragiques indiquent cette intervention avant terme :

à 8 mois 1/2 (Obs. 37).

à 8 mois (Obs. 32, 34, 35, 38).

à 7 mois 1/2 (Obs. 33, 36, 40).

à 7 mois (Obs. 41).

Dans l'ensemble nous sommes donc bien dans le cadre habituel des hémorragies pour insertion basse du placenta, hémorragies répétées, souvent abondantes, survenant vers la fin de la grossesse et en général chez des multipares.

Le premier temps du traitement a toujours été, comme il convient, une rupture large des membranes. L'hémorragie ayant persisté, malgré cela, on a posé un ballon dans le double but de lutter contre l'hémorragie et de favoriser la dilatation.

Le temps séparant la pose de l'expulsion du ballon est très variable :

Quelques minutes (Obs. 37 et 40).

3 heures (Obs. 33, 34 et 36).

4 heures (Obs. 35 et 39).

8 heures (Obs. 38 et 41).

14 heures (Obs. 32).

L'usage du ballon a-t-il influé sur le pronostic tant maternel que fœtal et dans quelle mesure ? C'est là le point important du problème.

Pronostic maternel. — Un décès, neuf évolutions favorables. Résultat excellent dans l'ensemble, si l'on tient compte qu'il s'agit d'hémorragies particulièrement graves, rebelles, persistant après rupture large des membranes et que, pour de tels cas, certaines statistiques donnent jusqu'à 50 % de mortalité maternelle.

Et encore, en ce qui concerne la femme de l'observation 34, femme décédée, l'hémorragie est d'une telle abondance que l'on est forcé de pratiquer une transfusion sanguine avant toute manœuvre obstétricale.

D'autre part, l'extraction de l'enfant est particulièrement difficile et chez cette femme affaiblie et shockée on se trouve dans l'obligation de faire, après basiotripsie, une version podalique.

Toutes ces circonstances concourent, dans ce cas particulier, à assombrir fortement le pronostic. Pour les autres cas l'évolution a été favorable malgré des hémorragies souvent abondantes et des difficultés dans l'extraction de l'enfant :

Manœuvre de Simpson (Obs. 38).

Incisions du col et forceps au D. S. (Obs. 36).

Grandes extractions de siège (Obs. 35).

Forceps en O. S. (Obs. 33).

Pronostic fœtal. — Il paraît lui aussi, amélioré, quoique d'une façon moins probante.

On note cependant deux enfants vivants dont l'un (Obs. 41) a souffert : au moment de la pose du ballon les bruits du cœur ne sont plus nettement perçus. Mais il est à noter que, sous l'influence du ballon, les contractions deviennent plus fréquentes et le travail progresse avec rapidité.

LES BALLONS VAGINAUX DANS LE SIEGE

Nous avons pu recueillir à la Maternité de Lariboisière dix-huit observations de pose de ballons vaginaux dans le siège. Nous n'en publierons ici que les plus typiques, vu leur uniformité.

Il est à noter que cette technique a été pratiquée surtout pendant les années 1923-1925 et nous la rencontrons plus rarement pendant les dernières années de notre statistique.

14 fois il s'agit de primipares, 3 fois de multipares.

On a employé toujours de gros ballons de 500 à 600 gr.

Le temps séparant la pose de l'expulsion a été variable : il oscille entre 1 et 8 heures. Une fois cependant le ballon est resté 22 h.

2 fois le ballon a présenté une fuite.

Dans tous les cas l'accouchement s'est produit spontanément sans incidents importants, excepté un cas où le ballon n'a eu aucune action sur les contractions utérines. On a pratiqué une grande extraction du siège. L'enfant a été ranimé.

Pronostic maternel. — Mortalité nulle.

5 cas de déchirure périnéale.

Pronostic fœtal. — Bon dans l'ensemble. Un seul enfant mort-né.

Observations

Obs. n° 42. — V... Marie, âgée de 27 ans, I pare. Grossesse à terme. Présentation du siège complet en S J G A. A l'entrée, dilatation de 1 f. Membranes rompues. Le 6 avril 1923 à 0 h. 30 pose d'un ballon vaginal de 600 gr. Expulsion du ballon à 6 h. Dilatation est entre 5 f. et petite paume. A 7 h. 50, expulsion spontanée du siège en S J G A. Dégagement en S. T. Abaissement des bras et manœuvre de Mauriceau facile. Fille née étonnée, facilement ranimée, pesant 2920 gr. Délivrance naturelle. Elévation thermique au 4^e jour. Lochies fétides. Sortie le 11^e jour bien portante.

Obs. n° 43. — M... Fabienne, âgée de 23 ans I pare. Grossesse à terme. Présentation du siège complet en S J G A. Rupture des membranes le 23 avril 1923 à 14 h. La dilatation est à 2 f. A 17 h., pose d'un ballon vaginal de 500 gr. A 18 h. 45 expulsion du ballon, le siège apparaît à la vulve. A 19 h., dégagement du siège en S. T. Extraction d'une fille née étonnée, facilement ranimée, pesant 3300 gr. Délivrance naturelle. Périnée - 2 crins. Suites de couches normales.

Obs. n° 44. — L... Madeleine, âgée de 30 ans, I pare. Grossesse à terme. Présentation du siège décompleté mode des fesses. Le 9 août 1923 à 17 h., rupture des membranes. Le 11 août à 9 h. le travail est stationnaire. Dilatation petite paume. A 14 h. 15 pose d'un ballon vaginal de 500 gr. les douleurs réapparaissent, mais à 17 h., cessent presque complètement. A 21 h. 10, expulsion du ballon. Dila-

tation grande paume. Le 12 août à 10 h. 30, le travail est toujours stationnaire. On essaie d'introduire un nouveau ballon mais sans succès. A 16 h. 15, on pratique une grande extraction du siège sous anesthésie. Fille née en état de mort apparente, ranimée après 45 minutes de soins, pesant 3750 gr. Périnée - 3 crins. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

Conclusions

De l'étude des observations prises à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière il résulte que :

1° Placés dans la cavité utérine, les ballons ont un rôle excitateur de la contraction. Ils provoquent le travail et accélèrent la dilatation, dans l'immense majorité des cas.

2° Utilisés pour des cas graves d'hémorragie par insertion basse du placenta, hémorragies persistant après rupture large des membranes, ils ont notablement amélioré le pronostic maternel et permis d'obtenir quelques enfants vivants.

3° Utilisés pour provoquer un accouchement prématuré ou accélérer le travail dans des circonstances étiologiques très diverses, ils ont incontestablement donné des résultats très appréciables.

4° Placés dans la cavité vaginale au moment du travail, en cas de présentation du siège chez des primipares, des multipares à parties molles atoniques ou des femmes ayant un gros enfant, les ballons favorisent parfois les contractions utérines, assouplissent toujours les parties molles et, permettant un accouchement plus rapide, améliorent certainement le pronostic fœtal.

5° Les résultats semblent moins satisfaisants quand il s'agit de provoquer ou d'accélérer un avortement en cours. Mais, les conditions étiologiques étant, dans notre

statistique, particulièrement défavorables, il nous paraît difficile de conclure en faveur ou contre l'usage des ballons.

6° Par contre, il est incontestable que le ballon placé dans l'utérus s'oppose à l'adaptation exacte de la présentation sur le segment inférieur et favorise ainsi les incidences, en particulier celles du cordon.

Aussi, chaque fois que l'on escomptera la survie de l'enfant, faudra-t-il analyser avec soin les circonstances étiologiques, la parité, l'état de la mère, l'état des parties molles, notamment celui du col utérin, et, tout bien pesé, opter soit pour une pose de ballon, soit pour une intervention sanglante.

Quoi qu'il en soit, il est certain que, malgré les progrès de la chirurgie obstétricale, le ballon de Champetier de Ribes reste pour l'accoucheur un auxiliaire précieux.

Vu :

Le Président

COUVELAIRE, Professeur.

Vu :

LE Doyen

BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

S. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

Champetier de Ribes. — De l'accouchement provoqué ; dilatation du canal génital (col de l'utérus, vagin et vulve), à l'aide de ballons introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse. *Annales de gynécologie*, Paris, 1888, XXX, 401, 438.

Danis (P.) — De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes à la clinique Baudelocque (1^{er} juillet 1888 au 1^{er} janvier 1899). 8° Paris, 1899.

Marcakis (A.) — Du ballon de Champetier de Ribes de moyen volume dans la provocation artificielle du travail. 8° Lyon, 1918.

Ribemont-Dessaignes (A.) — Précis d'obstétrique, Paris 1923.

Ricau (J. B. P. L.) — De la supériorité des petits ballons de Champetier de Ribes sur les autres appareils pour la provocation de l'accouchement. *Thèse de Bordeaux*, 1904-5, in 8°, n° 52, 58 p.

Thoviste (J. F. L.) — Aperçu clinique des différentes méthodes pour provoquer l'accouchement prématuré. Supériorité de l'emploi des ballons de Champetier de Ribes. *Thèse d'Alger*, 1915, in 8°, n° 4, 203 p.

